

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.23.052

奥马哈系统用于出院脑卒中患者护理评估的研究*

姚安贵¹, 祁俊菊^{1△}, 徐樱月²

(1. 重庆医药高等专科学校, 重庆 401331; 2. 重庆市璧山县人民医院神经内科 402760)

[中图分类号] R473.2

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)23-3304-03

我国是脑卒中高发国家, 流行病学调查显示脑卒中的致死率高达 70%~80%, 严重影响患者的生命质量。尽管卒中诊疗技术不断更新, 但其带来的高致残率并未得到根本改善, 患者出院后的健康问题至今仍未得到重视和有效护理^[1]。奥马哈系统是由美国奥马哈家访护士协会在 20 世纪 70 年代通过采取以问题为导向的方法制订的适合社区和家庭护理记录的一种语言, 香港理工大学的黄金月带领其团队已将奥马哈系统翻译成中文, 内容效度为 0.85, 信度 Cronbach's α 为 0.729。本研究旨在探讨美国社区护理分类系统即奥马哈系统应用于出院脑卒中患者, 建立《脑卒中患者居家护理评估表》, 评估其在家庭康复中存在的护理问题, 为下一步对患者实施护理干预奠定基础^[2-3]。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采取便利抽样法抽取重庆市璧山县医院神经内科 2013~2014 年的脑卒中出院患者 80 例, 其中男 44 例, 女 36 例; 年龄 49~86 岁, 平均(72.14±11.65)岁; 脑梗死 39 例, 脑出血 35 例, 蛛网膜下腔出血 6 例; 患者确诊存在的慢性病 1~5 种, 平均(3.4±1.6)种。

1.2 方法

1.2.1 评估标准 以奥马哈问题分类系统为框架, 奥马哈系统由 3 个部分组成, 分别为问题分类系统、干预系统, 以及效果评价系统。本研究用奥马哈评估系统评估出院后脑卒中患者的护理问题, 参考神经内科患者的护理评估单, 并结合脑卒中居家患者实际存在的问题编制形成《脑卒中患者居家访视评估表》, 先进行预评估调适, 再确定。评估表分为 2 个部分, 第 1 部分分为 5 个维度, 包括一般资料(7 个问题)、环境领域问题(4 个条目)、社会心理领域问题(11 个条目)、生理领域问题(15 个条目)、健康相关行为领域问题(7 个条目), 每个问题都有具体的选项; 第 2 部分为护理问题。

1.2.2 评估修改 奥马哈评估系统适用性: (1) 脑卒中患者因发病导致语言、认知功能和日常生活活动受到不同程度影响, 长期坐轮椅或卧床患者会有皮肤问题; (2) 由于中西方习惯不同, 奥

马哈评估系统一些内容不适合我国使用; (3) 对其照顾者提出了较高的要求。初部编制的《脑卒中患者居家访视评估表》对 10 名患者进行预评估后发现, 奥马哈评估系统内容并不完全适合居家脑卒中患者, 因此对条目内容进行改变和补充, 现说明如下。 (1) 环境领域问题: 卫生问题条目增加“床单不干净”; 邻里/工作场所的安全问题条目增加“没有轮椅通道”。 (2) 社会心理领域问题: 与社区资源的联系条目 4、5 改为“不能提供身体康复资源”, “健康服务提供者不能提供满意的服务”; 性问题条目改为“爱和性”, 内容增加“不能对伴侣表达爱意”, “接受不到来自伴侣的爱”。 (3) 健康相关行为领域问题: 身体活动条目增加“不能独立行走”, “借助轮椅也不能独立行动”, “不能使用助行器”; 自我照顾条目增加“行走困难”; 健康照顾的督导条目增加“照顾者缺乏监督健康恢复的能力”。

1.2.3 评估方法 应用《脑卒中患者居家访视评估表》评估 80 名出院脑卒中患者, 由 1 名接受过培训的护士指导填写, 填写完后, 护士根据评估结果找出患者存在的主要护理问题并记录。

2 结果

对 80 名患者评估发现 4 大问题领域共存在 157 个问题, 每个患者至少 4 个问题, 最多 22 个问题, 平均(7.2±3.3)个问题。生理领域问题最多, 共 68 个(43.31%), 其次是社会心理领域, 共 43 个(27.39%), 健康相关行为领域共 29 个(18.47%)。

生理领域中问题最多的是听力(76.2%), 其次是神经-肌肉骨骼问题, 口腔卫生问题也是脑卒中患者发生较多的生理问题(65.0%), 在调查中发现, 与卫生习惯和口腔护理保健知识缺乏有关。社会心理领域中, 脑卒中患者的问题集中在心理健康(90.0%)、角色转变(71.2%)、和人际关系(48.7%)3 个方面。健康相关行为领域方面, 61.3% 患者能严格服用药物, 能完成用药行为; 71.2% 患者由于经常作轮椅或行动不便, 运动量少; 健康指导和自我照顾问题也较多, 平均占 52.5%, 存在生活自理问题, 有自我生活的愿望但得不到常规照顾和预防性医疗照顾, 缺乏健康照顾资源(表 1)。

表 1 脑卒中出院患者常见的护理问题及具体表现(n=80)

领域	问题	表现	数量[n(%)]
环境	收入	无/低收入, 没有医疗保险	31(38.7)
	卫生	住所有不良气味, 生活环境存在传染源; 饲养宠物; 食物存储不当	22(27.5)
	住所	房子内没有良好的加热系统; 楼梯存在危险, 通道拥挤; 住所拥挤, 有不安全设施, 东西摆放不合理, 没有轮椅通道	44(55.0)
邻里/工作场所安全	有危险动物; 没有合适空间; 交通危害	31(38.7)	

* 基金项目: 重庆市社会科学规划 2014 年度项目立项资助(2014186)。 作者简介: 姚安贵(1956—), 副教授, 本科, 主要从事医学教育管理工作。 △ 通讯作者, E-mail: qqsmu@126.com。

续表 1 脑卒中出院患者常见的护理问题及具体表现 (n=80)

领域	问题	表现	数量[n(%)]	
社会心理	与社区资源的联系	不熟悉获得服务的选择与程序;对提供者的服务不满意;没有充分利用资源,语言障碍;教育障碍;不能充分利用通信工具	27(33.7)	
	社交	社交受限,需要帮助下进行社交活动;很少参与社交活动	34(42.5)	
	角色转变	非自愿角色转变,失去以往角色	57(71.2)	
	人际关系	很少有共同的活动;不吻合的价值观、计划安排;缺乏人际沟通技巧;怀疑别人	39(48.7)	
	灵性	精神信仰和医疗方案出现冲突,宗教习俗受到干扰	8(10.0)	
	哀伤	对康复过程缺乏认识,应对悲伤反应困难	22(27.5)	
	精神健康	忧伤、无助、自尊下降,对参与活动和自我照顾失去兴趣;注意力分散,烦躁、易激动、发怒,压力管理困难,易感疲劳;有自杀想法,情绪不稳	72(90.0)	
	爱和性	亲密关系表达困难,接受不到来自伴侣的爱	18(22.5)	
	照顾/养育	难以提供照顾和培养情感,很难学习经验;对承担的责任不满意;难以应对语言沟通	24(30.0)	
	忽略	缺乏足够的身体照顾,缺乏必要监督,缺乏情感支持;医疗服务不足	24(30.0)	
虐待	语言攻击,暴力环境	9(11.2)		
生理	听力	听正常说话声调困难,对声音反应异常;人多的场合听声困难;听力筛查结果异常	61(76.2)	
	视力	看小型印刷体困难,看近、远物困难;有视力模糊、流泪、闪光和飞蚊症	41(51.2)	
	说话和语言	语言能力减弱,口齿不清;缺乏替代性的沟通技巧;不恰当的组词造句	35(43.7)	
	口腔卫生	牙齿脱落/破损,龋齿;假牙不合适;牙垢过多,牙齿对热和冷敏感,牙齿出血/疼痛	52(65.0)	
	认知	判断力受损;注意力受限;难以回忆过去/最近的事;计算/推理能力受损;容易冲动;重复语言/行为	29(36.2)	
	疼痛	被动体位	4(5.00)	
	意识	反应迟缓	31(38.7)	
	皮肤	皮肤可见压疮;皮肤瘙痒;切口愈合延迟;皮肤过于干燥	7(8.7)	
	神经-肌肉骨骼	关节活动范围受限;肌力下降,协调力下降,肌张力降低,感觉力下降,平衡力下降;移动困难,行走步态紊乱	57(71.2)	
	呼吸	咳嗽,咳痰无力,呼吸粗重	5(6.2)	
	循环	皮肤颜色异常,静脉曲张,头晕,血压高,有心绞痛症状,实验室检查结果异常	27(33.7)	
	消化-水合	咀嚼、吞咽困难;食物反流;贫血;皮肤弹性减退;口干	33(41.2)	
	排便功能	排便频率异常;排便痛苦,肠鸣音减少,	11(13.7)	
	泌尿功能	尿痛,尿频或尿急;膀胱排空困难;夜尿症	19(23.7)	
	传染或感染情况	不遵守预防措施,防止传染的物品不足	9(11.2)	
	健康相关行为	营养	超质量;营养不均衡;每日摄入量没有既定标准;不遵循饮食指导;高血糖	23(28.7)
		睡眠和休息	易醒,失眠,做噩梦,休息不足;睡眠呼吸暂停综合征,打鼾	35(43.7)
身体活动		久坐不动,运动量少;没有适当的锻炼计划;行走困难	57(71.2)	
自我照顾		沐浴困难,如厕困难,穿衣服困难;身体有异味,洗漱困难;想独自完成个人照顾	42(52.5)	
物质滥用		滥用非处方药物;吸烟,吸二手烟	17(21.2)	
健康照顾指导		没有得到常规照顾和预防性医疗照顾,缺乏健康照顾资源;照顾者缺乏监督健康恢复的能力	42(52.5)	
药物治疗方案		出现药物不良反应,有服药禁忌;药物存储不当;需要在帮助下服药	15(18.7)	

3 讨 论

3.1 奥马哈评估系统在社区和家庭护理中的应用 奥马哈的问题分类系统可用于诊断不同疾病群患者的健康问题,使得社区护士拥有了以整体护理模式评估患者及其家庭的基本工具。

利用该工具可以将社区护士有关的各种资料数据有效地分类(涵盖环境-生理-心理社会-行为问题),适合社区和居家护理评估使用^[4]。但由于其源自美国,在本土应用时需进行文化调适。其次,系统仅涵盖一般的健康问题,疾病特异性不强,当研

究具体疾病的健康问题时,要根据实际改良和调适,以便能恰当、完整第表述问题。黄金月等^[5]认为奥马哈系统的设计具有一定的灵活性,因此调适或改良易于进行。此外,在应用奥马哈系统之前,需要对使用者进行一定培训,使护士能掌握奥马哈系统的应用技巧,通过培训转变护士的思维和价值观,自主地实施以患者为中心的整体护理^[6]。

3.2 评估结果为脑卒中患者的社区护理干预提供方向 由表 1 看出,脑卒中患者的问题涵盖了环境、生理、心理社会和行为领域,这也是护理工作的 4 个方面。听力问题可能与年纪大听力功能减退有关,脑卒中导致肌力下降、骨骼关节活动受限、协调力下降、移动困难或行走步态紊乱,影响患者日常生活,因而产生诸多社会心理问题,健康相关行为受限。在调查中发现,口腔卫生问题、卫生习惯和口腔护理保健知识缺乏有关。社会心理领域中,90.0%患者脑卒中患者存在精神健康问题,由于疾病后遗症影响到患者的形象、生活活动、家庭经济和工作等,会导致自尊感下降,对参与活动和自我照顾失去兴趣,易激动、易感疲劳,不会管理自己的情绪,价值观改变,老年人甚至有自杀想法。71.2%患者认为自己不能履行自己的角色功能,如不能照顾孩子或家庭,不能胜任工作等。48.7%患者面临人际关系问题,跟家人或朋友现在很少有共同的活动,甚至怀疑家人或朋友嫌弃他。健康相关行为领域方面,71.2%患者由于经常作轮椅或行动不便,运动量少,缺乏运动的动力和信心。52.5%患者缺乏健康指导,存在生活自理问题,但有自我照顾的愿望。

奥马哈系统中常用的干预方式主要为治疗、动态监测、指导与咨询、健康教育 4 种,社区护士要针对患者实际需要制定护理方案,提高康复知识、信念和健康行为^[7]。脑卒中后的康复过程不仅需要医护团队实施长期护理计划,更需要提高患者和家属的积极性和照顾能力^[8]。研究报道,高依从性有助于患者进行疾病自我管理,从而促进提高生命质量、降低复发

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.23.053

概率^[9]。

参考文献

- [1] 滑蓉蓉,吴升平,王文志,等.北京市城区居民脑卒中知识、信念、行为效应性分析[J].中国卒中杂志,2010,5(3):197-200.
- [2] 钱春荣,朱京慈.介绍一种护理实践分类标准——奥马哈系统[J].护理学报,2010,17(21):15-17.
- [3] 谭晓青,刘雪琴,温清霞,等.奥马哈系统在我国社区护理应用的可行性探讨[J].中国护理管理,2011,11(3):30-33.
- [4] 黄金月.高级护理实践导论[M].北京:人民卫生出版社,2008:104-110.
- [5] 黄金月,王少玲,周家仪.奥马哈系统在社区护理和延续护理中的应用[J].中华护理杂志,2010,45(4):320-323.
- [6] Geurts MM, Pot JL, Schepers EH, et al. The evaluation of an intervention based on the application of patient self-completion concordance forms in Dutch community pharmacies and the effect on adherence to chronic medication [J]. Patient Educ Couns, 2010, 78(1): 85-90.
- [7] Monsen KA, Martin KS, Christensen JR, et al. Omaha system data: methods for research and program evaluation [J]. Stud Health Technol Inform, 2009(146): 783-784.
- [8] 黄芳.脑卒中中偏瘫患者康复依从性的影响因素及对策[J].神经病学与神经康复学杂志,2009,6(3):194-196.
- [9] 季玉花,华凤连,朱翠萍.影响脑卒中患者早期康复训练依从性的相关因素分析[J].实用医学杂志,2009,25(2):311-313.

(收稿日期:2015-02-08 修回日期:2015-07-16)

淮安地区血液透析患者生命质量影响因素调查与分析*

张巧玲¹,杨金友¹,徐利云¹,李斌²,柏进³,胡建强⁴

- (1. 江苏护理职业学校成人护理教研室,江苏淮安 223300;2. 江苏省淮安市第一人民医院医务科 223300;3. 江苏省淮安市第二人民医院肾内科 223002;
4. 中国人民解放军第八二医院肾内科,江苏淮安 223001)

[中图分类号] R181.2

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)23-3306-03

由于人口结构的改变,老年人在全人群中所占比例的逐步增大,同时伴随各种环境等有害物质引起致病因素的增多,我国慢性肾病成年人的患病率已达到 10%^[1-2]。慢性肾病患者数量庞大,肾衰竭是其中部分患者的最终结局。为维持患者必要的生理功能,血液透析是肾衰患者替代治疗的常用方法,但其频次高、持续时间长,费用高(患者透析每年所需花费为 6 万元左右)^[3],造成严重的经济负担,极大地影响着患者身心健康与生命质量。当前国内对血液透析患者生命质量与影响因素的探讨相对比较缺乏,且多局限于经济发达的大城市与地区,而经济欠发达研究资料相对匮乏,为弥补该部分地区血液透析

患者生活和社会支持状况及影响因素的资料,现以淮安市血液透析患者为研究对象,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 2 月至 2012 年 8 月淮安市人民医院、淮安市第二人民医院、解放军第八二医院肾病科血液净化室收治的 606 例血液透析患者作为调查对象。纳入标准:(1)肌酐大于 707.2 $\mu\text{mol/L}$ 或肌酐清除率小于 10 mL/min,血浆尿素氮大于 28.6 mmol/L;(2)出现严重的代谢性酸中毒,二氧化碳结合力小于 13 mmol/L;(3)血细胞比容(HCT)小于 15%^[4],高度浮肿或伴有肺水肿、水钠潴留性高血压、心包炎,

* 基金项目:国家自然科学基金资助项目(30872143)。 作者简介:张巧玲(1969—),副教授,硕士,主要从事护理教育研究。